

~~休~~止
廢止届書
~~再~~開

該当するものを選択

業務の種類別	配置販売業	
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日	〇〇××〇〇〇〇号 平成△△年△△月△△日	
薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗、営業所又は事業所	名称	「店舗名称」は空欄とすること
	所在地	北海道一円
休止、廃止又は再開の年月日	平成××年××月××日	
備考		

許可の有効期間の始期を記載
(許可の証明年月日ではない)

「店舗名称」は空欄とすること

~~休~~止 該当するものを選択

上記により、廃止の届出をします。

~~再~~開

平成××年××月×△日 事実発生後30日以内に届出

住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) 札幌市××区〇〇-△

氏名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名) ××株式会社

代表取締役 〇〇 ×× 印

法人の場合は、代表印を押印

捨印
捨印を押印

(あて先) 北海道知事